Technique de la psychanalyse de la résistance et du caractère[1]

Par H. STAUB

Revue française de psychanalyse 1934, pages 282-318

Avant de commencer cette conférence, je tiens, Mesdames et Messieurs, à exprimer ma reconnaissance au pays qui m'a si généreusement accueilli, et à vous remercier tous de l'aimable hospitalité qui m'est offerte.

J'ai choisi un sujet déjà traité, dans un récent travail, par un autre analyste, W. Reich. Deux motifs ont dicté mon choix. D'abord, je tiens à prouver que, pour moi comme pour les autres analystes, l'intérêt de notre science, le désir de la propager, passe avant la satisfaction de nos ambitions et de nos désirs personnels. Ensuite, si j'ai été séduit par ce sujet : « l'analyse de la résistance et du caractère », c'est parce que je suis persuadé que le problème de la technique psychanalytique est pour nous d'une importance capitale.

Vous n'ignorez pas que *seule* la technique psychanalytique a permis d'étudier le psychisme, et ceci de telle façon que là, plus qu'ailleurs, le traitement et la recherche scientifiques se trouvent en harmonie.

---

[1] Communication faite à la Société Psychanalytique de Paris le 21 novembre 1933.

D’autre part, la thérapeutique psychanalytique diffère essentiellement de toutes les autres techniques médicales et de toutes les autres méthodes de recherches. Les particularités de la situation analytique font que nous ne pouvons pas mettre sous les yeux de nos élèves, ni leur démontrer directement la technique utilisée. II faut nous contenter de décrire notre procédé. II nous est impossible aussi de contrôler et e diriger le travail de nos jeunes analystes, et nous en sommes réduits à ne leur donner qu’un simple exposé de la marche à suivre dans les différents cas. En outre, la psychanalyse est, aujourd’hui encore, une science relativement jeune, qui a permis cependant de pénétrer dans un domaine psychique jusque-là 282 inexploré, fermé. Voilà pourquoi nous ne possédons pas — pas encore — en somme, de technique psychanalytique bien précise, indiscutable dans ses détails ; voilà pourquoi il y a actuellement presqu’autant de procédés que de psychanalystes ; chacun de nous sc voit jusqu’à un certain point, contraint, en face de situations nouvelles, d’inventer, de fabriquer lui-même, une technique appropriée.

Certes, ce n’est pas que le dynamisme du processus de guérison, ses causes, les moyens techniques pour l’obtenir, nous soient inconnus. Après presque quarante ans de recherches analytiques, nous avons du psychisme de l’homme une connaissance fort précise, et nous avons acquis certaines notions sur le processus psychique qui aboutit à la liquidation des symptômes névrotiques. Nous savons que le symptôme névrotique est un compromis entre les exigences instinctuelles inconscientes ou bien refoulées dans l’inconscient et qui cherchent à se satisfaire, et les exigences du surmoi. Nous savons que, grâce au compromis, ce sont à la fois une satisfaction instinctuelle et l’auto-punition par le surmoi qui se traduisent par le symptôme névrotique. Nous savons encore qu’on retrouve en germe les conflits aboutissant à la formation des symptômes dans les conflits de la première enfance, non résolus par le moi. Et nous savons enfin que les dits conflits, générateurs de la maladie, peuvent être résolus quand les situations infantiles rappelées au souvenir se trouvent de nouveau confrontées, une fois le moi fortifié, avec la réalité. Nous connaissons assez bien le langage de l’inconscient, et sommes capables d’interpréter les allégories, les symboles, les allusions, les actes manqués, les attitudes caractéristiques, et surtout les rêveries et les rêves, expressions du refoulé. Nous traduisons ces signes et ces symboles et les soumettons à l’épreuve de la réalité par le moi. Enfin, le dynamisme du processus de guérison nous est également connu. Nous n’ignorons plus que les conflits infantiles ont provoqué la névrose et reparaissent sans cesse suivant une loi, l’automatisme de répétition, dont les manifestations nous sont connues, mais dont les causes les plus profondes nous restent encore assez mystérieuses. Nous avons appris qu’au cours de l’analyse, ces conflits peuvent être réactivés dans les relations entre analyste et analysé, si tant est qu’on puisse négliger l’activité de la censure consciente. Toutes ces notions nous ont permis de créer des règles absolues de technique : la loi fondamentale de l’association libre [283] et la technique d’interprétation des signes et des symboles dont se sert l’inconscient.

Le symptôme névrotique nous apparaît comme un compromis entre deux tendances adverses : d'une part, besoin de satisfaction érotique ; d'autre part, interdiction qui s'y oppose. Mais le malade, lui, résiste à la fois au traitement et à la disparition de ces deux mécanismes contraires. Les pulsions ont une tendance marquée à demeurer dam leur position libidinale. Ce comportement inconscient que nous qualifions de « gain secondaire de la maladie provoque une vague de résistance, 'qui s'oppose à la disparition du symptôme. La contre-pression exercée par le surmoi sur les pulsions refoulées a un rôle économique de préservation de l'angoisse à cause de l'interdit dont la satisfaction instinctuelle fait l'objet. La résistance que provoque ainsi cette fonction du surmoi permet d'éviter l'angoisse et s'oppose, avec beaucoup de force, au traitement psychanalytique au moment où les refoulements sont prêts à disparaître.

Une troisième règle fondamentale découle de ces processus bien connus de nous tous : la guérison d'une névrose, la disparition -tu refoulement, celle des symptômes névrotiques, ne peuvent se produire qu'une fois surmontée la résistance qui s'oppose à la reviviscence des conflits.

C’est sur ces trois règles fondamentales que s’appuie le traitement analytique, et c’est ainsi que le comportement thérapeutique est déterminé. Le patient négligeant toute censure doit pouvoir faire de libres associations ; l’analyste doit savoir interpréter le langage de l’inconscient ; les résistances qui s’opposent à ce que l’inconscient devienne conscient doivent-disparaître. Ces conditions se trouvent-elles parfaitement réalisées, l’amnésie infantile disparaît, les conflits générateurs de la névrose sont réactivés dans les rapports avec l’analyste et se trouvent, à nouveau, confrontés avec la réalité. Grâce à la fonction synthétique du moi, il se produit dans l’organisation libidinale une modification qui lui permet d’être mieux adaptée au moi et à la réalité. Les exigences instinctuelles du ça, la fonction inhibitrice du surmoi et les aspirations conscientes du moi s’harmonisent davantage, la paix est conclue entre les diverses instances du moi et il y a, de ce fait, une meilleure utilisation des pulsions conformes au moi et à la réalité, tandis que 284 les tendances non conformes au moi ou à la réalité sont soit abandonnées par le moi affermi, soit utilisées dans le processus de la sublimation.

Toutefois, nos succès thérapeutiques ne correspondent ni aux. notions que nous avons de la formation et de la guérison des névroses, ni à nos connaissances du tableau topique des processus dynamique et économique. Tout en n'ignorant plus rien de la structure des pulsions et de la situation psychique du malade, nous voyons échouer certaines analyses, lies traitements commencés sous de favorables auspices se heurtent tout à coup à des résistances telles qu'il convient d'interrompre le traitement. Ou bien ' attitude négative du malade, quelle que soit, par ailleurs, la compréhension de sa situation instinctuelle, et malgré un diagnostic net, ne peut être modifiée. Il est souvent fort difficile déjà d'observer la première des règles thérapeutiques. Le psychanalyste constatant que le patient n'exprime pas librement ses associations, qu'il se soumet à une censure, l'adjure de laisser libre cours à sa fantaisie, de dire tout ce qui lui passe par la tête, mais le patient continue â trier, à ordonner ses idées. D'autres fois, les refoulements infantiles ont bien disparu, et le patient se souvient de toutes les émotions interdites, il en arrive même à se rappeler la scène primordiale, mais les symptômes névrotiques persistent. Citons un cas, parmi tant d'autres, parce qu'il me semblé particulièrement typique, celui d'une hystérique qui voulait subir le traitement analytique pour se débarrasser de plusieurs symptômes névrotiques ; elle souffrait d'ulcères stomacaux, de troubles digestifs, d'agoraphobie, etc., et ne présentait pour ainsi dire pas d'amnésie infantile, tout au moins en ce qui concernait les pulsions instinctuelles interdites ayant eu le père pour objet. Les souvenirs réapparurent très facilement, mais, chose surprenante, les émotions interdites semblèrent dénuées d'affects, et cette paralysie affective permit de voir que les affects n'étaient plus liés aux faits en question, mais avaient été reportés ailleurs. Je considère que c'est là un phénomène typique, et d'ailleurs assez fréquent, de refoulement. Dans ces cas de souvenirs dénués d'affect ou chargés d'affects paralysés, l'analyste pourra, pendant des années entières, s'efforcer de rendre conscients ce qui a été refoulé et d'interpréter les symboles et les signes. S'il ne réussit pas à retrouver la résistance dissimulée

derrière cette paralysie affective, 285 s'il ne parvient pas à provoquer la remise en place des affects en les rendant conscients, son effort aura été stérile et les symptômes persisteront.

Le problème s'éclaire tout à fait pour nous si nous considérons maintenant un autre cas que je vais vous exposer. Un malade demande à la psychanalyse de le guérir d'un onanisme obsédant accompagné de fantasmes sadiques également obsédants, d'une impuissance psychique totale et d'une inadaptation au monde extérieur. Au début de l'analyse, attitude nettement négative et fortes résistances qui se manifestent dans le comportement du malade et dans son langage. La situation me semblait claire, il fallait me borner à analyser les résistances. Au bout d'environ deux mois de traitement, la première résistance de transfert me parut suffisamment surmontée pour tenter une interprétation des rêves diurnes et des fantasmes masturbatoires. Chacun sait que les *rêveries* dissimulent bien moins que le rêve, leur contenu manifeste. Tout au contraire, le noyau latent, le but économique apparaissent plus clairement, plus simplement, sous moins de déguisement. Et il me fut permis de pénétrer directement au cœur de la situation œdipienne. Une quantité de matériel oublié ressurgit alors, au cours du troisième mois d'analyse, grâce à ces interprétations, et je pensai alors n'avoir commis jusque-là aucune faute de technique.

Le patient se chargea bientôt de me faire revenir die mon erreur. Dans les premiers mois du traitement, il ne m'avait apporté aucun rêve, mais surtout des rêveries et des fantasmes masturbatoires. Au cours du quatrième mois, il me raconta le rêve suivant : « Je sors de mon magasin en compagnie de mon père et d'un ami. Nous avons l'intention de regagner notre logis. Mes deux compagnons hèlent une auto, je ne m'en aperçois pas et continue à marcher. Soudain, je m'aperçois que je suis seul dans la rue. Cependant, ils font arrêter l'auto, m'attendent et m'invitent à monter dans la voiture. Durant le trajet, nous décidons subitement de ne pas rentrer, mais d'aller rejoindre un autre ami, une relation d'affaires, pour traiter avec lui de la fusion de nos maisons. Mais nous entrons dans un restaurant que je connais, nous y trouvons le propriétaire et un autre homme dont le visage est couvert d'acné, de dégoûtants boutons. Je pense, dans mon rêve, que c'est un érysipèle. »

Le temps dont je dispose ne me permet pas de vous donner l’analyse détaillée de ce rêve. Je vous dirai seulement que les pensées 286 latentes qui s’y trouvaient pouvaient à peu près se traduire ainsi : le patient voudrait posséder les femmes de ces deux hommes et, par cette possession, il désirerait « fusionner » avec eux. Le restaurant où il se rend évoque pour lui le souvenir d’un désir semblable ressenti lors d’un dîner avec des amis. L’homme aux boutons est certainement un syphilitique. Ainsi, sous la forme d’une crainte de la contagion, transparaît la peur des rapports sexuels. Visiblement, il est hanté par l’idée obsessionnelle de désirer la femme d’autrui. Et, dans le rêve également, le patient exprime aussi la répugnance presque insurmontable qu’il éprouve à faire de nouvelles connaissances ou à se trouver dans des endroits où sont réunies des personnes qu’il ne connaît pas (concerts, spectacles). Cette répugnance disparaît quand quelqu’un le présente. Mais tandis que, sans manifester d’affect, il se souvient consciemment de ses relations œdipiennes avec ses parents, il se montre singulièrement réticent quand il lui faut avouer un comportement analogue vis-à- vis d’autres personnes : amis ou connaissances. Pour expliquer cette résistance, il me dit : « Les sentiments qu’on a éprouvés pour ses parents ne semblent pas trop épouvantables à avouer, c’est le passé ! Mais, ce qui me paraît bien plus terrible, c’est de constater que je désire les femmes de mes amis. Or, depuis toujours, mon principe est de ne pas penser à ces femmes-là. » Le rêve, tout en étant évidemment une justification de son onanisme, de son refus des rapports sexuels, trahit aussi une nouvelle résistance : en effet, alors même que ses compagnons l'invitent à les accompagner pour aller irai ter d’une « fusion », le danger de la contagion subsiste toujours. En outre, nous constatons que, depuis le début, il se méfie de son psychanalyste qui n’est même pas médecin, qui a certainement pour but unique de gagner de l’argent, d’en prendre le plus possible à ses malades : trois heures d’analyse auraient été bien suffisantes, et l’analyste en exige cinq, et pourquoi ? pour gagner davantage ! C’est un escroc qu’il faut duper aussi. C’est au moment du paiement mensuel des honoraires que le malade

avait de pareils fantasmes.

Je lui fus reconnaissant de l'enseignement qu'il me fournit ainsi. Il attira mon attention sur le fait que j'avais tenté d'interpréter les conflits infantiles avant l'élucidation suffisante des conflits actuels et des résistances qu'ils provoquaient. Le patient contribua ainsi lui-même à sauver sa propre analyse. Une chose m'avait 287 échappé : les rêveries qui révélaient de façon à peine voilée les conflits infantiles n'étaient que des résistances déguisées. Je m'étais laissé aller à entreprendre l'interprétation du contenu des situations infantiles, au lieu d'expliquer d'abord les résistances qui se manifestaient par l'attitude actuelle embarrassée du patient, et par l'oubli des rêves nocturnes.

Dans d'autres cas, on peut se trouver en face d'une attitude très typique également, surtout quand le patient a quelque notion de la psychanalyse. Il apporte du matériel infantile et essaye de retracer ses conflits infantiles dès qu'il se trouve en proie à des difficultés et à des conflits actuels. L'analyste commettrait alors une première erreur s'il venait à se figurer que le débat sur les résistances a provoqué leur disparition, disparition qui aurait pour effet de permettre le rappel du matériel infantile. Il aurait tort de chercher, comme l'y incite le malade, à interpréter ce passé. Dans des cas comme celui-là, j'attire souvent l'attention de mon malade sur le fait qu'il jette vers moi, son père, sa mère, et tout son complexe d'Œdipe, comme on lance sa pâture à quelque animal sauvage, et cela afin de ne pas compromettre sa résistance.

Une autre résistance typique peut aussi passer inaperçue. Le patient s'identifie à l'analyste, il veut avec lui interpréter les rêves, étudier les conflits infantiles, rechercher les sources de la névrose, semblable à quelque collaborateur qui prêterait son concours dans l'analyse d'une tierce personne. On fera souvent bien, dans ce cas, de rendre consciente cette résistance déguisée en rappelant au malade l'histoire bien connue de ce voleur qui, en s'enfuyant échappe à ceux qui le poursuivent en criant plus fort que tous : « Arrêtez le voleur ! »

Si l’on cherche à interpréter les idées du patient à mesure qu’il les émet, on risque fort de ne pas atteindre le but thérapeutique poursuivi. Le patient admet les interprétations qu’on lui donne, mais nous constatons trop tard qu’il ne les accepte qu’en apparence, qu’elles ne lui servent de rien et que les résistances tardivement apparues enlèvent toute valeur aux découvertes faites. C’est de cette façon que le malade arrive parfois à acquérir d’excellentes notions théoriques de psychanalyse, mais sans être pour cela débarrassé de ses symptômes.

W. Reich, dans son livre, s’appuie sur toute une série de cas typiques pour chercher les causes de pareils échecs. Il parvient à 288 une conclusion que ma propre expérience et notre connaissance du dynamisme psychique me permettent d’adopter entièrement. Cette conclusion la voici : Dans la plupart des cas, et surtout au début quand les premières résistances n’ont pas encore été surmontées, il ne convient pas que l’analyste reste passif, ni qu’il abandonne au patient la conduite de l’analyse, en interprétant les idées à mesure qu’elles se présentent. Tant que le malade s’entête dans sa résistance, tant que le transfert positif ne s’est pas réalisé nettement et fortement, toute interprétation du sens ou du contenu n’aboutit à rien et n’est donc qu’une erreur. Les interprétations, même quand elles sont acceptées, perdent toute valeur toute force convaincante, lors de la seconde poussée de résistances.

Lorsque le malade, ce qui arrive parfois, se montre sceptique, méfiant, lorsque son transfert est négatif, la situation est claire. Tout analyste s'efforce d’aborder de front ces résistances, de les traiter comme des symptômes névrotiques basés sur des émotions inconscientes et de les supprimer par l’interprétation.

Mais il advient souvent qu'au début du traitement ce transfert négatif ne se manifeste pas. D'aucuns viennent, pleins d'espoir, de confiance dans le médecin et dans son art de guérir. Ils promettent de se conformer fidèlement aux règles fondamentales, et nous font aussitôt pénétrer au cœur de leurs conflits infantiles... Ne tentez pas alors d'interpréter toutes leurs associations, car cela constituerait une grave erreur de technique. Très rîsres sont les patients qui n'offrent, au début de leur analyse, aucune résistance, aucun transfert négatif. Tant mieux s'ils les manifestent nettement, car nous savons, en ce cas, à quoi nous en tenir. Quand, au contraire, les malades se montrent dociles, affectueux, attention ! Rendons-leur conscients leurs transferts négatifs latents, leurs résistances cachées et analysons ceux-ci avant que de tenter aucune interprétation du contenu et du sens.

Nous saisirons vite le pourquoi de cette attitude plus ou moins méfiante, critique, négative, adoptée par chacun des malades, sans exception, au début du traitement, attitude qui reste souvent secrète, nous n'avons qu'à nous rappeler la structure de la névrose de transfert : en invitant le malade à obéir aux règles, nous avons troublé le repos du refoulé. On doit donc voir se produire chez le malade, à un certain moment, une réaction de défense contre le trouble apporté à l'équilibre névrotique. Même quand cette résistance 289 s'exerce d'abord contre la suppression du refoulement, le patient continue à ignorer *et* qu'il porte en lui quelque chose de refoulé *et* qu'il se défend.

Car, Freud nous l’a montré, les résistances sont elles-mêmes inconscientes et le refoulement lient à la partie inconsciente du surmoi. Le travail de défense est une émotion qui exige une dépense plus grande en énergie et ne peut dès lors passer inaperçu. Comme toutes les pulsions instinctuelles, celle-ci tend à trouver un fondement rationnel, à se mettre en rapport avec quelque situation réelle Quoi de plus facile, alors, que de mettre en branle le mécanisme de projection ? Ce mécanisme qui, en tant que mode d’expression humain général, sert à ramener vers le monde extérieur certaines tensions intérieures trop fortes. Quoi de plus aisé que de tout projeter sur l’analyste responsable de la tension qu’ont provoquée ces désagréables règles fondamentales ? En déplaçant la défense de l’inconscient, en la reportant sur le psychanalyste, c’est tout le contenu de l’inconscient, y compris la résistance, qui est rejeté sur celui-ci. L’attitude négative se trouve ainsi, comme on voit, fort bien motivée. L’analyste est 'considéré comme responsable de la rupture d’équilibre névrotique, ii devient forcément un* ennemi, quel que soit le sentiment projeté : haine du père ou amour pour la mère. Dans les deux cas, c’est une défense qu’il convient d'assurer ; il s’agit aussi de lutter contre ces sentiments, de s’en débarrasser. Toujours, et sans exception, le transfert positif se mue en transfert de réaction, en transfert négatif. Le patient projette d’abord sur l’analyste l’amour qu’il avait eu pour sa mère. À cet amour du début succède une réaction de déception, et cette dernière se change toujours en transfert négatif dès qu’elle tend à devenir consciente, dès qu’il faut s’en défendre. Car toute défense suscite une attitude négative. Si nous ne voulons pas dévaloriser nos interprétations, les rendre inutiles, les employer prématurément, nous ajouterons aux règles de technique déjà connues la règle suivante : *Tant qu’une interprétation des résistances sera encore nécessaire ou seulement possible, il faudra éviter toute interprétation du sens et du contenu.* La situation est nette dans les cas où il y a, dès le début, un transfert négatif. Par contre, dans les cas où la résistance et le transfert négatif ne sont pas observables, c’est-à-dire quand ils sont masqués par les courants positifs, nous nous bornerons à pourchasser dans

tous les recoins ces résistances cachées, 290 « nous les rendrons conscientes en les changeant en transfert négatif net et nous les analyserons avant d'entreprendre l'interprétation du sens.

Reich, en tenant compte de la considérable fréquence de ces résistances masquées par l'attitude positive, en considérant aussi le danger que fait courir au traitement leur méconnaissance, a été amené à distinguer les cas typiques suivants de résistances dissimulées :

1 Les « bons » malades, très confiants, trop dociles, trop bien disposés, qui persévèrent dans leur attitude positive, et ne réagissent pas par déception (caractères en général passif-féminins, femmes hystériques avec teinte de nymphomanie).

2 Les patients toujours corrects, cérémonieux (caractères en générai obsessionnels, toute leur hostilité s'est muée en « politesse à tout prix »).

3 Les patients à affectivité paralysée. Us se distinguent, comme les précédents, par une agressivité très marquée, niais renfermée. Ce sont aussi, pour la plupart, des gens à caractère obsessionnel, toutefois, certaines hystériques témoignent aussi parfois d'une paralysie affective superficielle.

4 Les malades qui se plaignent d'éprouver et de manifester des sentiments inexistants, ceux qui soutirent de dépersonnalisation. Certains parmi eux jouent, consciemment et obsessionnellement à la fois, la comédie, tout en sachant fort bien, au fond de leur conscient, qu'ils dupent le médecin. Ces malades, qui appartiennent surtout au groupe des névrosés narcissiques du type hypocondriaque, ont régulièrement, ainsi qu'on peut le découvrir, un « sourire intérieur ». Ils se moquent de tout et de tous, ce qui finit par leur devenir à eux-mêmes très pénible. L'analyse se heurte là aux plus grandes difficultés.

La forme et la structure du premier transfert étant conditionnées par les événements infantiles qu'a vécus le patient, nous obtiendrons les résultats les plus favorables en tenant compte, dans la série de nos interprétations, des diverses couches de ses conflits infantiles. Le cas idéal est celui où l'étude analytique de la névrose se fait dans l'ordre inverse du développement de celle-ci. Si nous analysons le transfert d'une façon erronée, par exemple en cherchant à rendre conscients d'abord les conflits les plus enfouis, au lieu d'interpréter d'abord les plus récents, nous courons le danger 291 de dérégler la situation de transfert, de voir l'analyse devenir « chaotique » et de ne plus avoir de vue d'ensemble. (L'analyse « nage », s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, elle devient extrêmement pénible, et le succès thérapeutique se trouve compromis.) Il ne faut donc pas se borner à étudier les résistances, avant d'aborder l'interprétation du sens et du contenu, il convient *aussi* de tenir compte, autant que faire se peut, dans la série des interprétations, des diverses assises de la névrose. Dans le cas idéal, le déroulement des associations névrotiques se produit à la manière du déroulement d'une bobine, en sens inverse de leur apparition chronologique. Le rôle de l'analyste est infime lorsqu'il laisse prendre ce cours à la névrose de transfert. Il se borne à ne pas troubler l'ordre naturel des choses et évite d'interpréter les idées surgies du plus profond de l'être avant d'avoir expliqué les idées superficielles.

Permettez-moi, Mesdames et Messieurs, d'illustrer ces données à l'aide d'un exemple, que je vous décrirai à grands traits.

Un malade vient me demander de le guérir de tendances passives homosexuelles, sources de nombreux conflits. Il lui est arrivé de céder à ces tendances, sans toutefois cesser d'entretenir des rapports avec une femme. La situation se trouble et se complique du fait qu'il est obsessionnellement Contraint d'amener des hommes à cette femme. Artiste, il ne peut presque plus travailler, ce qui l'afflige beaucoup. Le patient commence par adopter dans l'analyse une attitude positive. Il est exagérément poli, se montre passivement féminin vis-à-vis de l'analyste ; prêt à se conformer aux règles analytiques, il apporte ses rêves et ses souvenirs infantiles et témoigne d'une certaine connaissance de l'explication analytique qu'on en peut donner. J'apprends de suite assez de choses pour pouvoir établir la formation de sa névrose. Il a deux frères plus âgés que lui. La vie conjugale de son père est assez compliquée. Le père a, en effet, une maîtresse, et le début de cette liaison est antérieur à la naissance du patient. Celui-ci, en tant que cadet, est très choyé par sa mère qui le traite comme s'il était une fille, tout en s'accrochant à lui, comme à un substitut de ce mari qui ne lui appartient plus. Père et frères, associés dans une même affaire, favorisent cet état de choses. L'attitude aimable, volontiers humble, du malade, son comportement passivement féminin n'est, comme il est facile de le voir, qu'une réaction de refoulement à la haine qu'il porte à son père et à ses frères aînés. Il s'y dissimule une fuite devant la mère, 292 fuite qu'ont motivée la déception et l'angoisse. Et le père a contribué à augmenter notablement cette angoisse — due à de forts désirs œdipiens — en le poussant vers la mère. Le fait qu'il est obsessionnellement contraint d'amener des hommes à sa femme résulte d'événements spéciaux survenus pendant son enfance. Ceci nous permet de postuler que, derrière cette angoissante déception de réaction, se dissimule une très forte fixation à la mère et au stade passif oral. Enfin, ne négligeons pas non plus les facteurs constitutionnels qui ont contribué à la formation du caractère passif-féminin et qui ont donné à la névrose sa forme spéciale. Nous devons tenir compte de ces facteurs constitutionnels dans le processus de guérison,

surtout en ce qui concerne la sublimation.

Au début de l'analyse, je me bornai à répéter sans cesse au patient que son attitude passive-féminine, sa politesse, sa docilité vis-à-vis de l'analyse n'étaient que des feintes et qu'il se servait de sa courtoisie comme d'un bouclier destiné à protéger son agressivité. Le patient réagit par une attitude encore plus passivement féminine, il exigea de son analyste des preuves d'amour, exprima l'espoir que les soins seraient gratuits et imagina des situations où il contraindrait l'analyste à renoncer aux honoraires et même à lui venir en aide financièrement. Je me contentai de mettre en lumière le sens agressif caché de cette attitude, en négligeant volontairement d'interpréter sa fixation maternelle de jour en jour plus évidente. Je me bornai simplement à faire ressortir la réaction positive de l'assise superficielle, c'est-à-dir# à montrer que cette attitude servait surtout à masquer une haine cachée. Moins de six semaines plus tard, l'attitude passivement féminine s'était muée en une très forte résistance avec haine, aversion, critiques acerbes adressées au psychanalyste. Il devint dès lors relativement facile d'aborder la résistance ainsi détruite, de l'expliquer et de la ramener à ses sources infantiles.

Le réveil de l’agressivité provoqua alors un abandon temporaire des pratiques homosexuelles et du comportement névrotique vis-à- vis de sa femme. Les relations avec celle-ci semblèrent devenir normales. La puissance sexuelle réapparut, le patient n’eut plus besoin de recourir, après le coït, à la masturbation. Toutefois, je ne me laissai pas éblouir par cet apparent succès et me bornai à analyser la haine pour le père, en commençant l'interprétation du comportement réactionnel de mon malade vis-à-vis des femmes en 293 général et de sa mère en particulier. Le patient changea alors l’attitude. La seconde poussée des résistances se manifesta sous une forme passive avec agressivité manifeste. Il ne pratiqua plus qu’à contre-cœur l’acte sexuel, sans y trouver grand agrément. Bientôt, il y renonça tout à fait tant avec les femmes qu’avec les hommes, eu accusant l’analyse de ce nouveau comportement. Cette attitude de résistance s’explique aisément : l’analyste — le père — allié de la femme — la mère — cherche, dans l’analyse, à le pousser vers la femme. Il résiste opiniâtrement, comme dans son enfance il avait résisté à son père qui voulait le donner comme remplaçant à sa mère. Pour expliquer, interpréter analytiquement cette seconde poussée de résistances, je pris sciemment comme point de départ cette amabilité passive féminine qui servait à masquer la haine. Car, toujours, les poussées tardives de résistance provoquent l’adoption de nouvelles attitudes, qui ne tardent pas, conformément à l'automatisme de répétition, à refaire place a la première. Pour pratiquer une bonne analyse des résistances, il faudra donc tenir compte de ce fait et interpréter les résistances en partant de la première qui est si marquée.

Le temps dont nous disposons ne me permet pas, Mesdames et Messieurs, de m'attarder sur ce cas. Disons seulement qu'au bout d'un temps normal, l'analyse semble être en bonne voie. Je ne vous cacherai pas que l'analyse d'un cas comme celui-ci offre beaucoup d'écueils et peut souvent échouer, ou bien se prolonger indéfiniment, si l'on n'emploie pas la technique appropriée, c'est-à-dire si l'on n'interprète pas les résistances et qu'on se borne à suivre le patient partout où il lui plaît de vous mener. Il faut donc éviter d'interpréter les associations venues des assises les plus profondes, tant que celles des assises superficielles n'ont pas encore été suffisamment élucidées.

Pour mener l'analyse à bien, suivant la méthode technique ci-dessus qui a donné ses preuves, voici la marche à suivre : 1° Au début de l'analyse, trouver les premières résistances de transfert, les interpréter analytiquement, c'est-à-dire les ramener à leurs sources infantiles, après les avoir pleinement développées. 294 Quand se produit une seconde vague de résistance, revenir à la première, à la plus importante, et ensuite tenter d'expliquer, d'élucider les résistances ultérieures modifiées. Si l'on réussit, en partant des assises les plus superficielles, à parvenir jusqu'au centre de la 294 névrose, si l'on arrive à repasser par tous les stades de l'évolution qu'elle a subis, le pronostic est des plus favorables. Il conviendra d'attendre que les résistances soient élucidées pour interpréter les tendances libidinales quand toute résistance aura été supprimée.

Ai-je besoin d'ajouter qu'il ne saurait-être question ici de règles inflexibles, mathématiques, mais de règles fondamentales qui peuvent et doivent être modifiées pour s'adapter aux cas particuliers ?

Un comportement passif est-il préférable à une attitude active ? Telle est la vieille question à laquelle nous allons maintenant pouvoir répondre. Les résistances doivent être abordées et détruites une fois qu'elles ont été amenées à leur plein épanouissement ; par contre, il faut être très prudent en ce qui concerne l'interprétation du contenu des tendances libidinales.

Cette technique de l’analyse des résistances, qui fait ce soir l’objet de ma conférence (je pourrais presque dire de ma plaidoirie), s’appuie sur les données de Reich et sur notre connaissance générale de la structure des névroses. J’ajouterai qu’elle nous conduit à d’autres intéressants problèmes de technique. Souvenons-nous que, dans bien des cas, la névrose n’est pas qu’un symptôme circonscrit, tout à fait étranger au reste de la personnalité. Au contraire, le moi du malade, toute son organisation psychique, ont, au cours de l’évolution de la maladie, pris parti vis-à-vis de celle-ci. La maladie a été incorporée, remaniée et influence toute l’attitude psychique du patient. Vous savez tous, Mesdames et Messieurs, que la névrose est un essai, plus ou moins raté il est vrai, de guérison, une tentative pour maintenir l’équilibre psychique, malgré les exigences pulsionnelles et les refoulements trop poussés. Vous savez aussi que, durant la formation du caractère, il y a production d’automatismes et que ceux-ci ont pour but de s’opposer, avec la moindre dépense possible en investissement libidinal, à certains périls déterminés venus de la réalité interne ou externe. Ainsi, le caractère particulier du malade, en dehors naturellement des facteurs constitutionnels, nous semble déterminé par sa vie infantile, par les circonstances extérieures et par la structure spécifique des diverses instances de son moi.

Je ne tenterai pas dans ce court exposé de pénétrer plus avant dans l’étude dh caractère. La seconde partie du livre de Reich est consacrée à ce sujet. Je me bornerai ici à constater que nous ne sommes pas toujours d’accord avec Reich, loin de là ! 295

Mais un fait plus que tout autre intéresse la technique psychanalytique, c’est de savoir que la névrose se traduit indiscutablement dans l’attitude, le comportement du malade, dans son langage, sa mimique, les particularités de son caractère. Et tout cela remplace souvent quelque symptôme circonscrit et constitue les indices les plus importants, les plus essentiels du trouble névrotique. C’est pourquoi il arrivera, dans bien des cas, que nous ne puissions parvenir à trouver et à détruire les résistances quand nous ne prêtons pas à ces manières d’être du malade toute l’attention qu’elles méritent. En effet, les mêmes associations névrotiques peuvent conditionner diverses manières d’être. Le comportement particulier du malade vis-à-vis du monde extérieur, sa façon de sc défendre, caractérisent typiquement son genre de résistance, C’est cette attitude spécifique qui nous permet d’entrevoir les réactions qu’oppose le moi du malade, et nous savons que la structure du moi est l’œuvre des événements infantiles.

Permettez-moi, Mesdames et Messieurs, de vous indiquer par un exemple, qui me semble être frappant, quelle devrait être l’attitude technique de l’analyste dans des cas pareils :

Un jeune médecin de 33 ans vint se faire analyser. Je savais de lui que rien ne lui avait bien réussi dans la vie. Il avait beaucoup commencé, beaucoup appris, mais ne persévérait jamais et abandonnait bientôt chaque métier qu'il avait entrepris. Sa vie sexuelle était troublée. Bien qu'il eût des rapports avec des femmes, ces rapports étaient dénués d'impressions affectives profondes. En outre, les conditions extrêmement rigoureuses, qu'il attachait à l'objet de son amour, lui rendaient le choix très difficile. La femme devait être jeune, ses jambes devaient avoir une certaine forme, son corps un certain genre d'élasticité et son visage devait correspondre à un idéal de beauté bien déterminé. D'autre part, elle ne devait pas être juive ; et enfin c'était la femme qui devait lui faire des avances, et non pas le contraire. Il est évident que, dans de telles conditions, il ne réussissait qu'assez rarement. Dans l'analyse, il était incapable de parler. De mon côté, je ne demeurai pas silencieux, comme on avait peut-être l'habitude de le faire autrefois, et je ne permis pas au malade de rester couché tranquillement pendant des heures sur le divan. En outre, je ne lui demandai pas de parler en lui expliquant que, dans le cas contraire, il me serait impossible de procéder à une analyse. Simplement, 296 je lui demandai s'il ne voulait pas parler, ou s'il ne le pouvait pas. Il me répondit qu'aucune idée ne lui venait, sauf des choses qu'il ne voulait pas me dire. Je lui expliquai alors qu'il était libre de se comporter comme il le voulait, mais je lui proposai de l'examiner et de définir avec moi le fait étrange qu'un jeune médecin instruit, qui en savait suffisamment sur l'analyse, vienne à celle-ci, sachant qu'on est obligé d'y parler, et qui malgré cela n'était pas capable de le faire. Je lui suggérai alors de considérer cette barrière affective comme un symptôme isolé et de l'étudier avec moi. Au début, je n'obtins pas grand-chose, mais je réussis à lui faire dire qu'il éprouvait un empêchement analogue dans les circonstances' les plus diverses, vis-à-vis de son entourage. Par exemple, il lui était impossible d'entrer dans un magasin sans avoir bien réfléchi à l'avance à ce qu'il voulait y acheter. Il était incapable de déranger un commerçant pour obtenir l'échange de l'un de ses achats. De même, il éprouvait une

grande difficulté, à rechercher une place ou un moyen d’existence. II lui était presque impossible de se rendre quelque part pour se présenter, s’il n’était pas persuadé d’avance qu’il serait bien reçu. Il prévoyait qu’il n’aurait pas de succès, et que son analyse serait vouée à l’échec. II prétendait n’essayer le traitement que sur les instances de sa famille, et ma fonction et mon devoir d’analyste étaient de lui prouver la possibilité de réussir. Néanmoins, pendant le début du premier mois de l’analyse, il ne put se décider à parler et attendait toujours que je lui dise quelque chose, tandis que, de mon côté, j’attirais son attention sur ce phénomène et que je l’invitais à étudier avec moi. Alors il me raconta quelques rêves d’un symbolisme bien défini, que je dus lui expliquer. Ainsi, il avait rêvé d’une femme dont une jambe était amputée au-dessus du genou, laissant voir la plaie ouverte ; ce n’était pas une plaie véritable, car elle ne saignait pas. Je lui expliquai que c’était une représentation symbolique de l’organe génital de la femme, ce qui sembla l’intéresser et le satisfaire. Les jours suivants, il me raconta d’autres rêves, dont je lui expliquai quelques symboles, mais sans les analyser. Puis vint un rêve à sens caché. Je l’invitai à y associer d’autres éléments, mais il me répondit invariablement que rien ne lui passait par la tête. Je dus lui expliquer que, dans ces conditions, on ne pouvait pas interpréter de rêves, cette interprétation n'étant pas la simple traduction d’une écriture secrète ou d’un chiffre, mais au contraire l’explication d’un 297 sens caché, que l’analyste ne pouvait fournir que si le malade lui faisait connaître, par des associations libres, ses pensées les plus profondes. Ceci le déçut visiblement, et, au cours de la séance suivante, il se retrancha derrière un silence absolu. Comme l’analyste se taisait aussi, il m’invita assez brusquement à parler. Alors, je lui lis remarquer que son attitude ressemblait à celle d’un bébé, auquel de grandes personnes doivent raconter des histoires ; qu’il se comportait comme un enfant gâté, qui reste là à attendre que les adultes lui disent des contes de fées. Sur cela il m’avoua qu’effectivement pendant toute son enfance il tracassait ses sœurs plus âgées, pour qu’elles lui racontent des histoires. Par la suite, il changea un peu d’attitude. Il parlait déjà un peu

mieux, mais son thème préféré restait toujours son scepticisme à l’égard de l’analyse. Il prétendait que les analystes étaient eux- mêmes des névrosés et qu’il ne connaissait que des cas où l’ana- lyse avait échoué. Quant à lui-même, il ne venait qu’à contre-cœur au traitement, car il était convaincu que cela ne lui servirait à rien. Le ton de ces reproches laissait toujours sous-entendre qu’il voulait être persuadé et prié. Je permis à cette manifestation de se développer, puis, saisissant une lionne occasion, je lui lis remarquer que cette attitude donnait l’impression d’être la répétition d’une attitude de son enfance ; qu’il se comportait comme un enfant qui doit prendre un médicament, qui se fait prier longuement par ses parents, et qui se laisse enfin persuader par eux de le prendre pour leur faire plaisir. Je lui reprochai de se comporter de la même façon envers l’analyste, de faire semblant de suivre le traitement non pas pour se guérir, mais pour faire plaisir à sa famille cl à l’analyste. Il se souvint alors qu’il s’était comporté de la même façon pendant son enfance, qu’il s’était fait beaucoup prier par sa mère et par ses sœurs pour faire certaines choses utiles à sa santé. Pendant les trois premiers mois du traitement, je dus me borner à lui rendre conscient le fait que ces attitudes caractéristiques de sou enfance influaient encore actuellement sur tout son comportement vis-à-vis de son entourage. Je ne me suis pas occupé, pendant tout ce début, des manifestations inconscientes. Je me suis contenté de confronter ses attitudes actuelles, qu’il me révélait pendant l’analyse, avec les réactions automatisées de son enfance et de lui démontrer leur analogie. Je parvins au moins à lui donner conscience de sa maladie et à supprimer la barrière affective qui l’empêchait de 298 parler ; ce qui me permit de poursuivre l’analyse avec un bon pronostic, lorsqu’il eut compris que son attitude et ses réactions spontanées vis-à-vis du monde extérieur étaient typiques et maladives.

Vous voyez où j’en veux venir : il appartient à l’analyse de la insistance de comprendre analytiquement pourquoi tel malade, par exemple, est en retard, pourquoi, tel autre doute, pourquoi un troisième parle indistinctement, pourquoi un quatrième s’exprime par métaphores ronflantes, pourquoi celui-ci, mû par un évident sentiment d’infériorité, se sert de termes techniques pour parler à l’analyste, pourquoi celui-là éprouve une telle difficulté à tout dire qu'il n’avoue qu’une idée sur trois ou quatre. Nous chercherons analytiquement pourquoi certaine malade garde toujours auprès d'elle sur le divan, son sac à mains, pourquoi certain patient joue avec son canif. Tout a son importance : la manière dont le patient dit bonjour, donne une poignée de main au psychanalyste, etc. Ce *ne* sont pas là des réactions à contenu, mais une attitude figurative, l’expression figée de certaines réactions qui se trouvent au service de l’équilibre névrotique, et dont le but est de protéger les résistances contre les attaques venues de l’extérieur. Ces diverses laçons de se comporter sont autant de barrières narcissiques opposées à l’extérieur. Et, dans bien des cas, nous améliorerons les résultats thérapeutiques, si même nous ne les *créons* pas de toutes pièces, en reconnaissant que ces comportements typiques sont bien l'expression de la résistance, en les ramenant à leurs origines infantiles et en les supprimant par les moyens analytiques.

Mais voilà que nous nous heurtons à une nouvelle difficulté : fréquemment, en effet, le malade ne soupçonne pas que ces traits de son caractère sont pathologiques, ces attitudes ne provoquant pas de conflits. C’est pourquoi il manque au malade « la connaissance de sa maladie », les attitudes en question se prêtent parfaitement à la rationalisation et apparaissent le plus souvent comme bien fondées, propres à se faire valoir dans le monde extérieur. Tout cela, certes, n’est pas nouveau pour vous. Nous savons bien qu'il faut tenir compte du comportement des patients, le rendre conscient et le comprendre. Mais, au point de vue thérapeutique, l'important est de savoir que, dans nombre de cas, nous devons avant tout aborder et étudier ces comportements extérieurs, afin de voir de quelles résistances ils découlent. Et ces résistances devront. ensuite être mises en lumière. Pensons à tous ces malades qui, bien 299 sagement, bien poliment, commencent leur analyse, ou encore à ceux qui témoignent dès le début d’un apparent transfert positif, et qui voudraient bien conserver cette attitude affectueuse et souvent passionnée. Songeons aux patients qui viennent à nous couverts d’une armure de narcissisme et qui se montrent disposés à obéir à toutes nos exigences, tandis que cette attitude ne sert qu’à masquer, pour les conserver, les résistances cachées. Dans ces cas, et dans bien d’autres encore, nous serons forcés, au début, de nous préoccuper seulement des traits apparents de caractère, afin de faire ressortir les résistances dissimulées. C’est ainsi que se présente, comme nous l’avons dit, la plus grande difficulté : l’ignorance où est le malade de son état pathologique.

Le moi conscient n’a joué qu’un rôle infime dans la formation du symptôme névrotique circonscrit, et il considère naturellement ce dernier comme un corps étranger. Mais les comportements sont, au premier chef, des formations réactionnelles *du moi,* et, de ce fait, ne peuvent être ressentis comme étrangers et pathologiques. C'est pourquoi l’analyse de la défense du caractère offre tant de difficultés, le malade n’ayant pas le désir de guérir. Vous savez tous. Mesdames et Messieurs, qu’autrefois (et cela se produit encore assez souvent aujourd’hui), qu’autrefois, dis-je, nous tentions de faire directement appel au moi conscient du patient par des exhortations et des encouragements, tout comme l’éducateur et le. psychothérapeute. C’est surtout quand le malade n’arrive pas à se conformer aux règles fondamentales, quand il est réticent, peu sincère, qu’on est le plus tenté, afin d’obtenir un premier transfert positif, d’agir directement sur lui, de faire son « éducation psychanalytique ».

Dans la méthode que nous prônons ici, le psychanalyste renonce à tout essai éducatif et ne tente pas de capter, par de paternelles admonestations ou par de bons conseils, la confiance du malade. II est plutôt enclin à considérer ces réactions de défense du moi comme des symptômes névrotiques, c'est-à-dire à chercher ce qui les a, dans l'enfance, motivées. Une fois leur origine trouvée, il les détruit. Ne prions pas le patient d'obéir strictement aux règles, de mettre de l'ordre dans ses dires, de ne pas se montrer agressif, d'éviter de mentir et de tromper. Demandons-nous plutôt quelles raisons dictent le comportement du malade. Essayons sans cesse de- ramener son intérêt sur ce point, afin qu'il puisse nous aider à en comprendre analytiquement la signification et l'origine. Par cette 300 répétition, cette mise en valeur du trait de caractère considéré, le malade est enfin amené, par suite de la distance et de l'objectivation, à ressentir le comportement en question comme quelque chose d'extérieur, d'étranger à lui, comme une sorte de pénible symptôme obsessionnel. Il commence par là à se rendre compte de son état pathologique et, par la suite, le traitement de la susdite manifestation de caractère ne se distingue en rien de l'élucidation analytique de quelque symptôme névrotique.

Si, par l'emploi de cette méthode, nous abordons systématiquement le trait de caractère qui s'oppose à nous comme une attitude automatisée de résistance, nous voyons émerger sans voiles, à mesure que ce trait de caractère est expliqué analytiquement, les composantes pulsionnelles qui justement ont donné naissance à la résistance dans le transfert. Le malade, jusque-là hyperaimable, hypercomplaisant, hyperamical, et passivement féminin, laisse toujours davantage transparaître, par exemple, les agressivités que cette attitude dissimulait. Plus il objective, dans l'analyse, son attitude passive féminine, plus il reconnaît et sent qu'il s'agit d'un symptôme obsessionnel, et plus il devient agressif. En effet, ce comportement passif féminin sert à masquer ses tendances agressives de castration.

En nous souvenant des leçons de Freud, sur l’intrication des pulsions, il nous deviendra facile de saisir métapsychologiquement ce processus. Toutes les manifestations affectives sont, on le sait, des mélanges de tendances agressives et libidinales. Quand nous parvenons à comprendre analytiquement, à faire ressortir l’une de ces composantes, il se produit, comme de juste, une désintrication passagère qui permet d’apercevoir la composante dissimulée. L’analyse d’une attitude passive-féminine permet de mettre l’agressivité en lumière. L’analyse d’attitudes agressives renforcera le lien libidinal qui unit l’analysé à l’analyste.

Sous une forme plus ou moins déguisée, on a souvent objecté à l’analyse des résistances, qu’elle risquait, en mettant trop en valeur l'agressivité, de faire interrompre le traitement. Qu’il me soit permis de faire observer que l’expérience, aussi bien que les considérations métapsychiques, réfutent cette objection. Bien au contraire, l’étude approfondie des résistances et des agressivités, leur analyse totale, ont pour effet de mettre en valeur et de renforcer les tendances libidinales du véritable transfert positif. 301

En rendant objectif un trait de caractère, une attitude passive- féminine, par exemple, on fait toujours plus clairement, plus nettement, apparaître l'agressivité. Et cette apparition des tendances agressives provoque mécaniquement aussi celle de la peur infantile de la castration qui, en son temps, causa la transformation de l’agressivité en attitude passive-féminine.

C’est dans le cas de l’homosexuel névrosé passivement féminin que j’ai pu, avec la plus grande netteté, constater la valeur de la méthode que je décris ici. A mesure que j’étudiai monotonement, sans cesse, la signification de son comportement passif féminin, le malade témoignait vis-à-vis de moi d’une hostilité croissante. L’analyse de cette hostilité fit mécaniquement ressurgir des rêves et des représentations infantiles. Ces rêves, ces représentations traduisaient le désir de ravir à l’analyste, puis au père et aux deux frères aînés, leur grand pénis. Puis apparurent les souvenirs de la première crainte de castration, cette crainte provoquée par le père si fort, puis par la mère à laquelle le père l’avait abandonné. Lu pitié pour la mère, la crainte du père, de la mère et des frères se trahit par une imitation du comportement maternel : il s’identifiait à sa mère à cause de la similitude de leurs destins. Il fut ainsi amené à adopter une attitude passive féminine propre à dissimuler la peur et l’agressivité. Après avoir liquidé les réactions du moi, il devient ensuite assez facile d’expliquer comment le ça régresse vers une position passive orale. L’analyse, en montrant, en étudiant, une seule manifestation du caractère : la résistance dissimulée par un comportement passif féminin, a pu parvenir, avec une rigueur mathématique, au cœur même de la névrose. Le rejet du transfert déguisé avait eu pour effet de réveiller l’agressivité, l’analyse de l’attitude hostile put provoquer un transfert vraiment positif qui permit d’aborder le facteur infantile essentiel, responsable de la névrose. Au bout de quatre mois de traitement, je parvins à lever les amnésies infantiles les plus précoces.

Cette méthode n’apporte aucune innovation, ce qui la distingue des autres, c’est le choix du matériel, l’observance la plus stricte de la marche arrière dans l’étude de la formation des symptômes, le débobinage des associations névrotiques. A partir du moi, de la personnalité consciente, de l’assise supérieure, le comportement névrotique est étudié jusqu’à son facteur infantile. Ainsi, cette méthode rigoureuse permet de conserver sans cesse une vue d’ensemble, 302 d’éviter, jusqu’à un certain point, la dangereuse et si fréquente « situation chaotique », enfin de ne pas laisser passer inaperçues des attitudes fortement négatives. Nous abordons, en effet, celles-ci de front, et c’est pourquoi l’on ne risque pas, au cours de l'analyse, de se trouver inopinément en face de fortes résistances, ce qui est toujours dangereux pour le traitement. D’ailleurs, c’est au début de ce dernier que le malade est le mieux disposé à. comprendre les interprétations qu’on lui donne touchant la défense du moi (parce qu’elles concernent *plus* son conscient) que les interprétations prématurées des tendances inconscientes du ça. Si, une fois ces résistances essentielles détruites, nous expliquons le sens et le contenu, les interprétations que nous donnerons s’adresseront à un moi plus fort, mieux armé, et seront ainsi plus facilement et mieux acceptées.

Certes, il faut l’avouer, l’analyse du caractère offre bien aussi certains dangers, certaines embûches. Ainsi, la mise en lumière stéréotypique des hostilités cachées derrière un comportement positif, affectueux, provoque souvent l’éruption de courants d’agressivité. Les agressions surgissent parfois avec une telle violence qu’elles, font alors penser au processus physique de la désagrégation atomique et à l’énergie mise en liberté au cours de ce phénomène. L’analyste averti, expérimenté, ne sera ni déconcerté, ni découragé par de pareilles explosions. Les débutants, par contre, devront s’abstenir d’utiliser cette technique. L’abolition des automatismes transformés en traits de caractère a pour résultat la mise en liberté de grandes quantités d’énergies libidinales et destructives attachées à ces automatismes.

Le procédé de technique que nous proposons* ici a souvent un autre résultat désagréable. L’analyse du moi, de son comportement, est bien plus pénible pour le patient que celle de la structure du ça. C’est pourquoi le patient oppose à ces objectivations, à cette destruction des automatismes du caractère, une très forte résistance. Nous ne percevons l’intensité de celle-ci qu’en nous souvenant que de semblables automatismes servent en général à économiser les énergies d’investissements et surtout à éviter l’angoisse. Et justement, chez les névrosés, une énorme somme d’angoisse brute se dissimule derrière ces attitudes mécanisées de défense. Souvent, il faut s’armer de beaucoup de patience et de persévérance avant d’arriver -à percer cette cuirasse de narcissisme. Mais si l’on y 303 réussit, il peut se faire que *soudain* tout l’édifice, dont l’équilibre était assuré par la conformation du caractère et le narcissisme, s’écroule, et qu’un état analogue à un effondrement de la structure du moi s’installe provisoirement. L’analyste doit déjà savoir doser l’élucidation psychanalytique et dominer la situation.

Tout ceci contribuera encore à nous fournir des indications sur la technique de l’analyse du caractère et de la résistance. Cette méthode est applicable à peu près à tous les cas, mais surtout, je crois, aux névroses obsessionnelles quand ce sont non des symptômes circonscrits, mais des faiblesses fonctionnelles générales qui prédominent, quand les attitudes caractéristiques du malade traduisent le symptôme pathologique, tout en constituant elles-mêmes le plus grand obstacle à la guérison. Ce procédé convient encore aux narcissiques qui ont accoutumé de pousser jusqu’à l’absurde toute tentative analytique, puis à toutes les névroses qui ne constituent pas de symptômes bien circonscrits, aux caractères dits névrotiques. Quant aux schizoïdes, aux schizophrènes à la période de début, ils tireront aussi profit de cette technique, si l’on a soin de libérer et de fortifier le moi, avant d’entreprendre l’analyse de la structure du ça. Par contre, dans les hystéries aiguës d’angoisse, dans les mélancolies, dans les dépressions graves avec forte angoisse et tendances au suicide, le procédé semble contre-indiqué. N’oublions pas, en effet, que l’analyse du caractère libère d’énormes quantités d’angoisse et d’agressivité, et que le moi doit être assez fort pour résister à leur assaut. Quelle que soit l’habileté de l’analyste, l’art avec lequel il sait s’adapter aux circonstances, fournir des explications moins rigoureuses, se montrer plus actif, il lui faut, malgré tout, s’attendre à de vives réactions thérapeutiques. En ce qui concerne les analyses didactiques, l’analyse des automatismes et des fixations du caractère me parait indispensable à qui veut devenir un bon analyste, prêt à affronter toutes les difficultés de la pratique. N’oublions pas que les connaissances théoriques, si poussées soient-elles, ne suffisent pas, à elles seules, à faire un bon analyste. Comme l’a dit Freud, l’analyste doit pouvoir faire de son propre inconscient une sorte de récepteur pour l’inconscient du patient, sans que ses propres résistances ou son propre caractère vienne alors l’en empêcher. Au cours des séances, l’analyste doit pouvoir se laisser aller sans contrainte, oublier ses connaissances intellectuelles, saisir le comportement du patient, non par le détour 304 d’une compréhension intellectuelle, mais

directement, grâce à son inconscient. Pour cela, l'analyste ne doit plus, avoir, dans son caractère, de barrages capables de' compromettre son action thérapeutique. Celui qui n'a pu parvenir à défouler entièrement ses tendances agressives ne sera pas capable de mettre en lumière le transfert négatif et chargé d'affect du malade. Celui qui ressent narcissiquement le transfert du patient sera enclin à rapporter à sa propre personne toute nouvelle inclination de celui-ci ; par contre, il ne laissera pas à la critique et à la défiance du malade la latitude de se développer entièrement. Bref, pour savoir pratiquer une bonne analyse, l'analyste devra avoir un caractère suffisamment flexible. Il sera d'autant moins apte à pratiquer avec succès que son caractère sera plus rigide et plus inflexible. Or, presque tous les individus ont des automatismes de caractère différents qui ont le même but économique que ceux décrits chez les malades. C'est pourquoi tous ceux qui se destinent à l'analyse doivent subir une bonne analyse de ces automatismes.

Certes, c'est là beaucoup exiger de nos jeunes analystes, mais ces exigences sont à la mesure de celles auxquelles nous soumettent bien souvent nos clients.

C’est par ces considérations que j’achèverais ma conférence s’il ne me restait encore quelques remarques à faire touchant le mécanisme psychique dont nous avons tant parlé aujourd’hui. Nous en connaissons très bien les formes, mais en ignorons la cause profonde, c’est-à-dire celle de ce surprenant phénomène psychique que nous nommons l’automatisme de répétition, et qui reste pour nous énigmatique. Vous savez tous, Mesdames et Messieurs, que c’est sur cet automatisme que repose essentiellement notre thérapeutique. Le malade, au cours du traitement, vit obsessionnellement ses conflits réactivés et nous permet ainsi de les étudier, de lui révéler leur structure et de les supprimer par l’analyse. Nous nous fions à l’automatisme de répétition comme à une loi naturelle toujours agissante. Nous ne négligeons jamais cet automatisme, sans toutefois en connaître à fond la nature ni la structure. Nous savons qu'il cesse une fois que les associations névrotiques ont été rendues conscientes. Nous en connaissons le mécanisme qui nous a été révélé surtout par les névroses traumatiques. Vous avez lu les travaux de Freud, d’Abraham, d’Eitingon, de Simmel, et d’autres encore, sur la répétition obsessionnelle des événements traumatiques dans les 305 rêves, faits que les névroses de guerre, en particulier, nous ont fréquemment permis d’observer. Vous savez comment Freud étudie ce phénomène si étrange, comment il nous montre que cette répétition obsessionnelle sert évidemment à surmonter le traumatisme. Tout cela explique l’importance économique de l’automatisme de répétition, mais non pas le phénomène lui-même. Nous avons sans doute tous l’impression que ce phénomène est une réaction d’ordre tout à fait générai, et je voudrais ajouter qu’il n’y a peut-être pas là quelque chose de purement psychique. Pour vous faire comprendre mon idée, je vais vous raconter une petite auto-observation. Je fus obligé, cet été, de me faire arracher une dent. Courageux comme d’habitude, je voulus qu’on pratiquât une insensibilisation. Mais, après l’opération, j’observai un fait surprenant, étrange : durant un certain temps, je revécus à maintes reprises el plusieurs fois par jour, comme dans une sorte de rêve diurne, cette désagréable scène. La réaction s’atténua peu à peu, pour, au

bout de quelque temps, cesser tout à fait. Je méditai là-dessus, et en vins à conclure qu'on n'en pouvait rendre responsables *exclusivement* ni le trouble apporté dans l'inconscient, ni la réactivation d'idées de castration ; un fait encore m'apparut : au moment où la plaie -fut cicatrisée, l'incident disparut des rêves diurnes. Aussi longtemps que la plaie m'avait fait souffrir, l'idée s'était trouvée souvent réactivée, mais cette réactivation ne tarda pas à cesser. J'en conclus que le réveil de l'événement traumatique est certainement lié au processus somatique de la guérison et que, peut-être même, cette réactivation imaginaire du traumatisme favorise la guérison. Mes réflexions métapsychologiques m'amenèrent à penser que cette conclusion était juste. La doctrine des instincts vous a appris à tous, Mesdames et Messieurs, que nous nous figurons la libido comme une sorte de grand réservoir : de notables parties de la libido sont liées narcissiquement, ce qui contribue au maintien de la structure cellulaire et à l'affirmation de l'individu. Les quantités disponibles de libido servent à l'extérieur à établir les associations érotiques. Vous n'ignorez pas non plus que les relations entretenues avec la libido de l'extérieur par la libido liée au moi ne sont pas chez l'individu dans un rapport constant. Certains événements psychiques, et surtout les maladies organiques, font que de grandes quantités de libido sont retirées du monde extérieur et utilisées narcissique- ment. Un poète humoriste allemand bien connu : Wilhelm Reich, 306 s'est servi, pour exprimer ce fait, d'une jolie image : « C'est dans la cavité d'une dent malade, a-t-il écrit, que vient se loger l'âme tout entière. » Nous savons que les maladies psychiques ont pour conséquence secondaire d'affaiblir les rapports libidinaux avec le monde extérieur. Pour les malades, il en va de même. Leur intérêt, leur libido entière se tourne vers la maladie. Ces observations, et bien d'autres encore que vous avez pu faire vous-mêmes, m'ont amené à supposer que l'automatisme de répétition, la reviviscence obsessionnelle de tous les événements propres à troubler, à menacer l'état somatique ou psychique, que cet automatisme, dis-je, est un processus utile à la guérison. Les choses se passent, à mon avis, de la façon

suivante : la libido tournée vers le monde extérieur, et qui s'y trouve utilisée, en est retirée du fait de la reproduction obsessionnelle de l'incident traumatique ou de la maladie, puis *liée narcissiquement afin d'aider à surmonter le mal.* Ce processus rappelle le rôle des globules blancs dans les cas de blessures, ils se rassemblent on grand nombre autour de la plaie pour contribuer à sa guérison.

Pensons ensuite aux mouvements involontaires, à ceux du cœur par exemple, ou à ceux de la paupière, qui sont aussi une sorte de répétition obsessionnelle assurant la conservation et la protection du corps. Pensons enfin aux nombreux reflexes plus ou moins inconscients, -— automatismes dans les réactions suscitées par des attaques venues du dehors. Tout cela me donne l'impression que le phénomène de répétition obsessionnelle pourrait bien, peut-être nous amener à une meilleure compréhension du rapport de l'énergie avec le corps.

Certaines conclusions analogues s’imposent aussi à nous quand nous considérons les particularités du caractère. N’oublions jamais que ces particularités constituent elles-mêmes les répétitions automatiques d’un comportement servant lui aussi à établir l’équilibre entre les troubles d’origine extérieure ou pulsionnelle. Analyser ces attitudes, c’est entreprendre une désintrication artificielle en libérant les énergies d’investissement, ce qui rappelle le phénomène physique de la désagrégation des atomes. Cette analyse nous montre quelle quantité considérable est narcissiquement liée. L’automatisme de répétition nous apparait alors comme un facteur biologique, presque comme le régulateur de la répartition quantitative de l’énergie entre le moi et le monde extérieur. Ce phénomène nous semble jouer son rôle dans les transformations d’énergies en matière. 307 La biologie nous a enseigné que les formes et les diverses parties du corps s’adaptent aux besoins de l’individu, c’est-à-dire à ses relations avec l’extérieur, qu’elles se sont développées biologiquement. Peut-être avons-nous maintenant quelque soupçon de la façon dont se produit ce développement : *par automatisme de répétition.* Nous nous rendons compte aussi de l’énorme quantité de libido qui se trouve liée narcissiquement pour former le corps. Peut-être cette manière d’envisager les choses nous permettra-t-elle de comprendre des phénomènes tels que la fièvre, de trouver aussi son rôle économique dans le corps, le processus pathologique et la guérison. La fièvre nous apparaîtra alors presque comme une « fusion » de la libido figée et liée narcissiquement. Cette libido, ainsi débarrassée de ses liens narcissiques, pourra alors être utilisée pour la guérison. Peut-être doit-on voir là la raison des sensations douloureuses qui accompagnent la fièvre. Mais je tiens, Mesdames et Messieurs, à vous rappeler qu’il ne saurait s’agir ici que de simples hypothèses. C’est aux médecins qu’il appartiendra de les étudier davantage, cependant elles se fondent sur une multitude de petits faits, de petites observations isolées. Le manque de temps m’interdit malheureusement de pousser plus avant l’étude de ce sujet intéressant entre tous. 308

A propos de la communication de M. Staub[2]

M. R. LŒWENSTEIN : « Lorsque nous fûmes chargés, mes amis Laforgue et Odier, et moi, d'amorcer la discussion de la remarquable communication de M. Staub, celui-ci a bien voulu assister à une réunion privée à laquelle malheureusement M. Laforgue n'a pu être présent. Au cours de cette réunion, notre conversation avec M. Staub m'a permis d'élucider certains points de son exposé qui m'avaient d'abord paru obscurs.

Il peut paraître superflu d'insister sur l'énorme intérêt que présentent pour la psychanalyse et pour chaque psychanalyste en particulier, des travaux tels que celui de M. Staub. Ceux qui par leur pratique journalière se trouvent en présence de difficultés techniques dans le traitement de bon nombre de cas de névroses savent combien peuvent être précieuses les solutions trouvées par d'autres.

Et cependant, il se trouve que d'aucuns semblent marquer une certaine opposition à des travaux qui ont pour objet la technique même de la cure psychanalytique.

C'est ainsi que lors de la discussion de mon travail sur le « tact » dans la psychanalyse, certains s'opposèrent à ce qu'ils considéraient comme une réglementation du tact, alors que d'autres étaient hostiles à l'énoncé de toute règle technique, craignant par-là d'entraver toute initiative du psychanalyste, donnant pour raison que l'exercice de la psychanalyse devait rester un art. Ces derniers semblent oublier que la pratique d'un art nécessite un long apprentissage et l'acquisition d'une technique sûre. Cet apprentissage n'a jamais empêché personne de manifester son originalité.

---

[2] A la suite de la communication de M. H. Staub sur la « Technique de la psychanalyse de la résistance et du caractère » (voir pages précédentes), MM. Loevenstein, Laforgue et Odier furent priés de bien vouloir développer, & une séance suivante de la Société 'Psychanalytique de Paris, 'les remarques que leur suggérait cette conférence. — (N D. L. R.)

Si Freud avait pensé comme ces critiques, la psychanalyse aujourd'hui, n'existerait pas. On saurait qu'il y a à Vienne un médecin réussissant à guérir des névroses passant pour inguérissables, et cela par une méthode mystérieuse et bizarre. 309

La connaissance et l'observance des règles de la technique psychanalytique permettent à tous ceux qui appliquent cette sorte de traitement d'éviter de graves mécomptes et des échec inutiles.

Dans son travail, M. Staub étudie des cas dans lesquels les résistances qui opposent le malade à la cure, résistances très difficiles à vaincre, sont l'expression même de certains de leurs traits de caractère. Et il s'agit là de cas présentant des tableaux cliniques les plus ■divers, souvent même de cas présentant les symptômes d'une névrose bien caractérisée et sans aucun trouble du caractère apparent.

En disant : l'analyse des résistances dues au caractère du patient, nous entendons, l'analyse même de ce trait de caractère. Or, que voulons-nous dire par là ? Sans prétendre donner ici une définition du caractère, rappelons seulement quand, dans quels cas de comportement humain on emploie généralement le ternie de caractère.

Lorsque un homme a pour particularité de ne jamais s'attacher à une femme, mais d'en changer fréquemment, il ne viendra ù l'idée de personne d'en faire une particularité de ton caractère. On parlera au contraire des particularités de sa vie amoureuse et sexuelle.

Mais si un homme se mettait à changer de collaborateurs ou d'amis aussi souvent que l'autre de maîtresses, ce serait mis sur le compte de son caractère.

De façon générale, on rangera sous l'étiquette caractère, des comportements habituels de l'individu dans la vie sociale à l'exclusion de ceux de la vie sexuelle.

Dans le caractère on inscrira sa plus ou moins grande agressivité dans des circonstances données, qu'il s'agisse, par exemple, de questions d'argent, de vie commune, de travail, que ce soit avec des égaux, des supérieurs ou des subalternes, son comportement dans le bonheur ou dans l'adversité.

Freud dit en effet dans ses « Nouvelles leçons » qu’il ne peut être •question de caractère que dans le moi et non pas au niveau du soi.

Or la psychanalyse a découvert qu’une bonne partie de ce qu’on appelle habituellement caractère, est l’aboutissant d’une longue évolution s’effectuant primitivement aux dépens de pulsions libidinales et agressives, le moi ayant la charge d’accorder les pulsions du soi et les exigences du monde extérieur. Les conséquences en sont les modifications du moi, dues, par exemple, aux formations 310 réactionnelles mises en œuvre contre les pulsions, ou aux identifications effectuées au cours de son évolution ; l’exemple classique de traits de caractère édifiés sur une base pulsionnelle primitive, c’est le caractère anal.

Ainsi, si nous parlons d’analyse du caractère, nous voulons dire par là le travail qui consiste à refaire en sens inverse le processus qui a abouti à un trait de caractère donné, jusqu'à la mise à jour des pulsions libidinales et agressives au dépens desquelles il a été édifié.

Ainsi les procédés recommandés par M. Staub, d’accord en cela avec les conceptions de M. Reich, nous paraissent découler logiquement des principes mêmes de l’analyse du caractère. Puisqu’au retour du, refoulé s’opposent des mécanismes de résistance sous forme de traits de caractère, il est évident que ces traits de caractère doivent être analysés et surmontés* à l’instar de toute résistance rencontrée au cours du traitement analytique.

Un exemple de notre propre expérience illustrera l’utilité des procédés techniques préconisés par M. Staub.

Une grande obsédée que j’ai analysée, atteinte de nombreuses compulsions de lavage et de doutes obsessionnels, réalisant le tableau classique de la *folie du toucher,* présentait au début du traitement un comportement très particulier. Toutes les fois que je lui donnais une explication ou une interprétation, elle me la faisait répéter à plusieurs reprises, comme pour apprendre par cœur, comme pour s’imprégner entièrement, comme pour ne rien laisser échapper des « précieuses » paroles que je lui adressais. Cette attitude en apparence pleine de soumission et d’obéissance, décelait et recelait des tendances ironiques et agressives. L’importance de l'analyse de cette forme de résistance est évidente, si l’on songe que sa névrose a été presque entièrement édifiée sur le refoulement et la lutte contre ses pulsions agressives et sadiques. Elle répétait plus particulièrement sa soumission apparente et compulsionnelle vis-à-vis de son père, auquel elle avait, dans son inconscient, voué une rancune profonde pour des motifs de déception amoureuse et de jalousie.

On voit à cet exemple, combien l’analyse d’une pareille résistance mène droit au cœur de la névrose, et on voit aussi combien cette résistance non analysée eût été capable de paralyser la bonne marche du traitement.

Cet exemple se rattache par un autre côté encore aux conseils 311 techniques émis par M. Staub. Ce dernier a voulu conseiller l’application de celte technique à des cas de certaines entités nosographiques bien déterminées.

Je crois en effet, qu’un grand nombre de cas de névroses obsessionnelles présentent des résistances analogues à celles du cas précité ; elles découlent en effet de la structure même de cette névrose, édifiée comme nous le savons, essentiellement sur des pulsions du stade sadique-anal.

Mais deux points de divergence, points secondaires n est vrai, me séparent de M. Staub. C'est d'abord lorsque M. Staub pense que cette technique est systématiquement applicable dans tous les cas de névroses appartenant à certaines entités nosographiques. Je crois au contraire que l'utilité de cette technique est une question de cas individuels et non pas d'entités nosographiques données. Le second point de divergence est le suivant : M. Staub préconise l'emploi de sa technique d'une façon absolument systématique. L'analyse des résistances dues au caractère devrait selon lui s'effectuer pendant quelque temps au moins à l'exclusion de toute autre forme d'intervention de l'analyste. Si il est possible que dans certains cas cette méthode soit la bonne, cas qui peuvent être assez, nombreux, la systématisation de ce procédé peut avoir à mon avis des conséquences assez fâcheuses. Dans le cas que je viens de citer, par exemple, les résistances dues au caractère même étaient au premier plan du tableau du traitement. Or, il m'a été infiniment utile d'alterner ces interventions avec des interprétations classiques, par exemple, visant des pulsions, des sentiments et des pensées inconscients se traduisant dans ses symptômes.

Ainsi, pour me résumer, j'attache une réelle valeur au procédé préconisé par M. Staub. Son originalité consiste à mettre en relief des mécanismes de résistances et des mécanismes thérapeutiques que les analystes n'employaient jusqu'ici que sporadiquement. Mais, pour excellent qu'il soit, comme tout procédé, il gagnerait à ne pas être employé de façon par trop systématique ou schématique. »

M. R. LAFORGUE : « J'avoue que j'ai quelque hésitation à traiter le sujet dont il est question, Je me rends parfaitement compte de l'intérêt qu'il y a à préciser les difficultés que nous pouvons rencontrer au cours d'une analyse et de rechercher la manière la plus simple 312 de les surmonter. Mais je crains que la question ne soit mal posée — du moins telle que Reich semble l'envisager.

Son livre sur *L'Analyse du Caractère* est certes très intelligent. L'auteur y révèle une connaissance étendue des problèmes que nous [Mise l'analyse des névrosés. On lira son livre sans doute avec beaucoup de profit, à condition, toutefois, de savoir faire les réserves qui s'imposent, à notre avis.

Je voudrais vous expliquer ces réserves, — réserves qu'il convient de faire, également, quand on veut utilement discuter le problème dont il est question ce soir.

Mais, tout d'abord, je tiens à vous signaler que j'aurais préféré attendre encore un peu avant d'aborder le sujet. Je n'ai pas encore complètement assimilé les idées de Reich. Je viens de commencer seulement la lecture de son récent ouvrage sur la *Massenpsycholgje des Faschismus.* Je n'ai pas encore pu me former une opinion suffisamment précise en ce qui concerne Reich lui-même et je me trouve encore au stade où l'on cherche à faire la synthèse de ses impressions. Ce sont donc des impressions, plutôt que des opinions, dont je voudrais vous faire part en attendant de pouvoir conclure.

La lecture du livre de Reich m'a tout d'abord donné le sentiment que j'avais à faire à un homme aux idées préconçues en ce qui concerne la guérison du malade. Idées préconçues encore, au sujet du problème de la norme, de la santé psychique, du bonheur, de l'individu ou de la société. Guérir, pour Reich, ne serait pas seulement soulager, mais surtout adapter un individu à une société ; non pas à n'importe quelle société, mais à une forme de société très précise : je veux dire la société communiste dont Reich semble croire qu'elle représente exactement le stade normal, sinon adulte, voire le parachèvement suprême de l'évolution sociale. En d'autres termes : Reich me parait croire à la perfection, ou plutôt à la perfectibilité de l'homme et de la société. Loin de moi l'idée de lui disputer le droit d'avoir cette croyance, — mais, comme pour tous les croyants, sa croyance semble être pour lui une vérité à laquelle, à l'instar des croyants, il parait vouloir tout sacrifier.

Aussi, aux yeux de Reich, l'analyste est-il presque toujours responsable de l'échec d'un traitement : s'il eût appliqué la technique idéale, il eût pu réussir envers et contre tout.

Mesdames et Messieurs, j'ai un peu connu moi-même — comme vous tous probablement — cet état d'esprit. Et c'est à la psychanalyse 313 que je dois d'avoir découvert combien il faut se méfier de principes et savoir en user avec circonspection, car, très souvent, ils ne sont que de pures rationalisations. Aujourd'hui, je suis presque convaincu que rien n'est plus funeste à l'action thérapeutique d'un psychanalyste que cette « belle passion de prophétiser et de maudire » qui, selon Daudet, caractérise les moralistes. Et, ici, se pose une question fondamentale : Quel est, en somme, le but de notre intervention chez le malade ? Le guérir à tout prix, d'après des formules toutes faites, ou le soulager d'abord et le guérir peut-être quand cela est possible ?

Mesdames et Messieurs, guérir — qu'est-ce exactement ? Excusez-moi de poser cette question à laquelle il est évidemment facile de répondre quand elle se pose pour un malade ayant des symptômes — mais qui nous met dans le plus grand embarras dès que nous avons à faire à un caractère névrotique qui peut parfaitement permettre à un sujet anormal dans le sens psychanalytique, de remplir normalement une fonction dans le sens social. Je m'explique : Combien d'homosexuels, d'ascètes, de femmes frigides, etc., n'y a-t-il point qui arrivent à remplir un rôle considérable dans la société ? De quel droit les obligerions-nous à subir un traitement sous prétexte qu'ils sont anormaux ? N'ont-ils pas le droit d'être tels qu'ils sont et ne devons-nous pas subordonner notre intervention à leur désir, tout en nous rendant compte de la valeur relative de ce que nous pouvons leur offrir ?

Le problème du bonheur est extrêmement complexe. Il y a des états pathologiques qui procurent à l'individu un bonheur peut- être supérieur au bonheur dit normal. Je me souviens, à ce sujet, du cas d'un aristocrate dont le bonheur suprême était de manger les excréments d'un valet de chambre, etc. Cet homme était pédéraste et m'avait expliqué qu'il y avait une société dans laquelle, à son avis, il se sentait parfaitement heureux. C'était la société arabe, où il avait eu l'occasion de vivre un peu en « Arabe ». Aussi se sentait- il malheureux dans la société européenne, et fortement tenté de devenir « Arabe » pour de bon. Après quelque temps d'analyse, le malade qui, pour des raisons spéciales, n'avait pu remplir que difficilement ses fonctions sociales (séquelles d'encéphalite léthargique), m'a déclaré qu'il était un peu réconcilié avec la société européenne où il avait enfin trouvé le moyen de vivre, à condition de chercher son bonheur d'être humilié comme... « valet de chambre ». [314]

Mesdames et Messieurs, vous comprendrez certainement pourquoi j'ai cité cet exemple. Toutes les questions que je viens de poser, Reich, lui, n'a pas l'air de se les poser. Pour lui, guérir, c'est créer un état X par rapport auquel tous les autres états sont à supprimer. Il semble professer la même opinion dans le domaine de la sociologie. Une société doit réaliser un état X par rapport auquel toutes les autres organisations sociales sont périmées, particulièrement les. sociétés où il y a des exploiteurs et des exploités — ces derniers étant considérés par Reich comme forcément malheureux. C'est cet état d'esprit qui, sans doute, lui a fait croire avec beaucoup de ferveur qu'il n'existe qu'un chemin pour guérir le malade, et qu'une méthode de traitement X, par rapport à laquelle toutes les autres méthodes ne vaudraient pas grand-chose.

Et me voici arrivé au second point de mes réserves.

Mesdames et Messieurs, comme je vous l’ai confessé, il fut un temps où j’avais également la tendance d’avoir les mêmes opinions, que Reich. Mais j’ai eu soin de voir des malades, je veux dire non seulement mes propres malades, mais également ceux traités par d’autres analystes. J’ai trouvé des malades qui me paraissaient bien guéris, et chose surprenante, guéris parfois par des débutants « très imparfaitement au courant de nos méthodes — alors que- parfois certains malades traités par des sommités de la psychanalyse ne me donnaient aucune satisfaction. Il n’y a là d’ailleurs rien qui puisse nous surprendre, mais le cas mérite qu’on y réfléchisse. Loin de nous l’idée de conclure pour cela que la méthode de notre traitement est une question secondaire. Mais elle est beaucoup plus complexe qu’elle ne le paraît, et cela d’autant plus qu’il est difficile de discuter la question de méthode du traitement d’une façon objective dans une société scientifique où chacun a plus ou moins tendance à croire secrètement surtout à sa propre méthode. Et pour cause. Prenons un cas de névrose X, ayant besoin d’un traitement. Le cas, au début, se présentera de la même façon, ou à peu près, à n’importe quel analyste. Mais je crois que cela change rapidement et suivant le caractère de l’analyste. Tous les analystes ne se ressemblent pas. Nous n’avons qu’à nous regarder mutuellement pour en être aussitôt convaincu. Un cas réagira d’une façon différente suivant qu’il sera entre les mains d’Allendy, de la Princesse Marie Bonaparte, de Pichon, de Parcheminey, de Borel, de Lœwenstein, d’Odier ou de moi — pour ne citer que ceux 315 là. Non seulement nous ne nous ressemblons pas de caractère, non seulement le malade réagira de façon différente suivant qu’il aura affaire à l’un ou l’autre d’entre nous, — mais encore nous différons également par nos expériences. En effet, personne d’entre nous n’a la même expérience — et l’expérience de l’un n’est jamais absolument identique à celle de l’autre. Dans le cas hypothétique d’une expérience parfaite, je ne crois pas qu’un analyste puisse l’acquérir dans tous les domaines de son activité. Comment l’analyste échapperait-il à la tendance générale à se spécialiser ? Dans ce cas, différents analystes pourraient souvent se compenser mutuellement là

où l’un s’est plus que l’autre spécialisé dans les cas déterminés. Bref, pour revenir à notre question, je crois que le malade réagira différemment non seulement suivant le tempérament de l’analyste, mais également suivant l’expérience de ce dernier, laquelle déterminera généralement la marche du traitement.

Cette expérience est-elle, dès lors, transmissible à un autre analyste ? Je crois jusqu'à un certain degré seulement, et cela suivant le tempérament de l’analyste. J’entrevois très bien la possibilité que l’expérience d’un analyste au tempérament X ne puisse avoir, qu’une valeur très relative pour un analyste au tempérament Y. Et il n’est nullement besoin d’avoir la même expérience -— car nous pouvons nous demander s’il n’y a pas différents chemins pour faire aboutir un traitement et cela suivant le tempérament et l’expérience de chaque analyste. C’est probable, je crois même certain. Non seulement l’expérience de l’un ne saurait toujours avoir la même valeur pour l’autre, mais encore elle pourrait l’empêcher de suivre la méthode que lui dicterait son propre tempérament au cours d’un traitement.

Mesdames et Messieurs, toutes ces réserves, je crois, méritent d'être faites si l'on ne veut pas se perdre dans la discussion d'un sujet comme celui de ce soir. Cela ne doit nullement nous empêcher de nous communiquer nos expériences respectives et d'essayer d'en profiter dans la mesure du possible. Il y a un point que nous pouvons discuter, selon moi, avec profit. C'est celui de la technique psychanalytique de l'interprétation des matériaux que nous apporte je malade. Cette technique, on peut l'apprendre — mais seulement jusqu'à un certain point. Au-delà, c'est, je crois, surtout l'expérience et. ne l'oublions pas, le résultat obtenu par sa propre analyse didactique qui décidera de l'usage qu'on fera de sa technique en face du malade. Aucun raisonnement, me semble-t-il, n'empêchera les choses d'aller 316 dans un mauvais sens, quand on n'est pas suffisamment équilibré soi-même. Aucune discussion scientifique- ne nous renseignera sur la manière dont on aboutit au succès d'un traitement quand, pour des motifs inconscients, on a besoin de rater. Tout cela, Mesdames et Messieurs, nous le savons — mais nous l'oublions parfois : nous l'oublions surtout quand nous avons des difficultés à accepter le fait que le succès de nos interventions dépend encore d'autres éléments que de la seule technique psychanalytique.

Pour toutes ces raisons, j'hésite à prendre trop au sérieux les affirmations de Reich qui, néanmoins, ont leur valeur, surtout pour des analystes qui ont le même tempérament que lui. Je crois deviner la raison pour laquelle Reich, au début du traitement, se borne surtout à l'analyse des résistances du malade — et pourquoi il ne voudrait pas, comme il l'a dit lui-même à plusieurs reprises, que l'analysé fût averti trop tôt de tout ce qui concerne le contenu de ses réactions ou les motifs de ses résistances. Peut-être Reich a-t-il besoin de malades qui ignorent la psychanalyse et peut-être n'aime- t-il pas travailler en collaboration trop étroite avec le malade.

En ce qui me concerne, j’ai — autant que possible — toujours soin de montrer au malade quel est le matériel inconscient ou le désir refoulé qui détermine ses résistances. Je m’attaque donc à ces dernières, mais également au contenu — tout en donnant au malade le temps nécessaire de s’habituer aux choses et de devenir pour moi un collaborateur éclairé. Personne d’entre nous n’aurait l'idée de révéler brutalement à quelque patient insuffisamment averti le contenu de ses fantasmes d’inceste. Nous savons que le JE du malade ne peut que lentement et progressivement faire face à une réalité intérieure dont il a peur. C’est l’A B C du doigté le plus élémentaire Ici que Lœwenstein nous l’a exposé. Seul le débutant, dans ses moments d’enthousiasme, peut méconnaître cette règle — seuls ses propres échecs le renseigneront sur la véritable marche du traitement, échecs que personne, je crois, ne pourra lui épargner, mais qu’il évitera peut-être le plus facilement par une bonne analyse didactique.

Certaines affirmations de Reich me paraissent -franchement[1] discutables. Je m’expliquerai sur cette question une autre fois, si vous Le voulez bien. Pour aujourd’hui, j’ai surtout tenu à formuler les réserves qu’il convient de faire quand on ne veut pas se perdre dans la discussion d’un sujet aussi complexe que celui que nous venons 317 d’examiner. Sujet qui se prête à merveille à des joutes oratoires sans doute très intéressantes, mais d’une utilité pratique souvent fort relative. »

M. Ch. ODIER : « Je m’associe à la manière de voir de M. Staub. J’ai appliqué moi-même ce procédé dans certains cas, et j’aimerais vous en citer un exemple. 11 s’agit du début de l’analyse d’un homosexuel vrai, qui bien que marié et père de famille, était attiré uniquement par des jeunes gens pour pratiquer sur eux la fellatio. Pendant les trois premiers mois, laissant systématiquement de côté toute interprétation de rêves ou de fantasmes, c’est-à-dire de matériel régressif, je me bornai à analyser le comportement actuel, et à replacer constamment sous les yeux du malade ses réactions compensatrices d’un sentiment latent d’infériorité. Cette technique eut pour heureux résultat de *rendre manifeste* le symptôme nodal de ce malade en moins de onze semaines : *une impuissance génitale complète.* Corrélativement, je relevai à chaque séance la résistance cachée à l’analyse, et notamment à toute aide de l’analyste, ainsi que la volonté *a priori* de ne rien admettre de tout ce que celui-ci lui dirait (parce que réactivant trop son sentiment d’infériorité). » 318